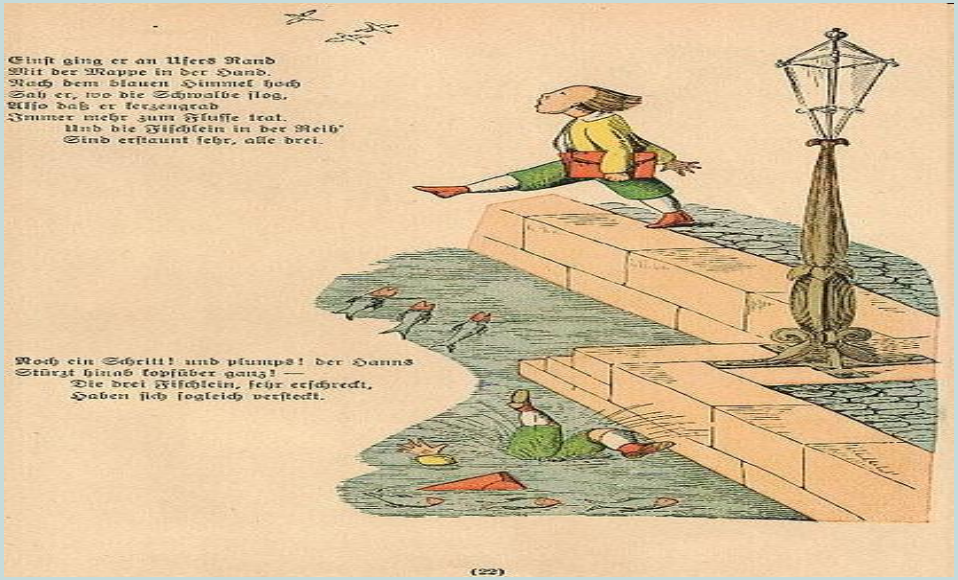


ADHS & „Gender"

Vergessen wir die Mädchen/Frauen ?

R. Gößler

Wiener Gesundheitsverbund
Klinik Floridsdorf
Für die Stadt Wien

Epidemiologie- Kinder/Jugendliche

- **Metaanalysen:**
- ***„The worldwide prevalence of ADHD 1978-2005“*** (Polanczyk 2007): 9105 abstracts, 303 Artikel→ 102 Studien, **171756 Patienten**, 5 Sprachen, 17 Key-words: Prävalenz: 5,29% (3-13%, m: w = 2-3:1/ Kinder: m:w = 9:1)

- ***„The global prevalence of ADHD in children/adolescents“*** (Ayana 2023): 13 Metaanalysen/588 Studien (3 277590 Pat): Prävalenz: 8 % (3,5-14%, m =10%/w = 5%), "unaufmerksamer" Typ überwiegt

Epidemiologie ADHS- Erwachsene (Metaanalyse)

(Fayyad 2007, 2017, Kessler 2006)

- 11 422 PatientInnen, 10 Länder, Prävalenz 1,2 - 7,3%
- Gesamt: **2,8- 3,4 %**

- m:w = 1- 1,6: 1 ?????

- Geschlechterverhältnis ausgeglichen…???
- Was können wir daraus schließen..???

ICD 10 + Lehrbücher

- *ICD 10:* …hyperkinetische Störungen treten bei Jungen häufiger auf, als bei Mädchen
- ICD 11:…Knaben werden häufiger „diagnostiziert“
- *Entwicklungspsychiatrie (2008)*: Jungen sind deutlich häufiger betroffen- m:w = 2-5:1
- *Adoleszenzpsychiatrie (2009)*: deutliches Überwiegen von Knaben- bei Feldstichproben 2,5-4:1, bei klinischen Studien 9:1 (beim rein „*aufmerksamkeitsgestörten“* Typ nur 2:1)
- *Entwicklungspsychologie (2020):* bei Jungen Diagnose 4x häufiger, als bei Mädchen (allerdings scheinen viele Mädchen ***übersehen*** zu werden (geschlechtsbedingte Vorurteile, weniger auffällig..???)…)

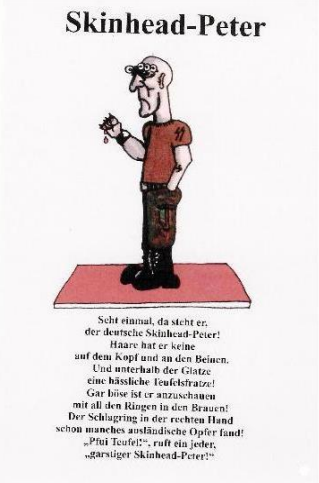
Inanspruchnahme = in Behandlung

- eher Inanspruchnahme: extrem störendes Verhalten – generell ***externalisierende*** Störungen (Meltzer 2000)
- **„Kriterium f. Behandlung: „psychosoz. Funktionsbeinträchtigung“**

- Studien: Prädiktor für psych. „Auffälligkeit“: v.a. KiGa/ *Schule* (kein Zusammenhang mit Elternurteil) Sourander 2004

- nur ca. 1/5 der < 18a behandlungsbed. Kinder/Jugendlichen erhalten professionelle Hilfe (?)
  (Forbonne 2002, Costello 2003, Sourander 2004)

► **Zusammenarbeit mit Kindergärten/ Schulen essentiell!!!**



ADHS + „gender“ ??

- **überwiegend Burschen/Männer sind betroffen…???**
- **„Struwwelpeter“ (m:w = 9:1!!!)- Stereotyp ???**
- fallen Burschen/Männer mehr auf ???
- fallen Mädchen/Frauen weniger auf ???
- Symptomatik unterschiedlich (internalisierend)???
- Bessere Kompensation ???
- mehr (verdeckende) Komorbidität ???
- Hinter welchen Diagnosen könnten sich ADHS- Mädchen/Frauen verstecken ???

- **Problem: Spätere Diagnose, schlechtere Prognose….!**

Stereotyp ADHS

(Chan 2009, Holthe 2013, Hong 2014, Quinn 2014, Molen 2019, Young 2020):

- geschlechtsspezifisches Verhalten wird Knaben/Mädchen zugeschrieben…
- Studien: zB.: männliche/weibliche Fallvignetten- überzufällig häufiger ADHS bei männlichen Vignetten
- Konstruktives Coping bei Mädchen
- Eltern/Lehrer/Behandler erkennen ADHS-Mädchen nicht
- etc….

ADHS „classic“ vs ADHS (specific) ?

- „Gender bias“ in Forschung (und diagnostischen Kriterien?) Hartung 1998:
- 243 Studien zu ADHS: **m**:w = **81**:19 %
- 71 % der Studien mit Mädchen und Knaben/ **29 % (70 Studien)- nur Knabenstudien !**
- In Studien, Intensität/Belastung von weiblichen ADHS größer…eher „klassischer“ Typ (Bowlen 2019)

erkennen und beurteilen von „*Behandlungsbedürftigkeit*“

Merkmale Kind:

- Schwere/Art d. Problemverhaltens (ext. St.)
- Auswirkungen (Schule, etc.)
- Geschlecht, Alter
- Anamnestische Auffälligkeiten

Merkmale Eltern:

- Bildungsstand, Aufklärung
- Psych. Probleme
- Fam. Belastungen

Merkmale System:

- Bekanntheit von Störungsbildern, „Achten“ auf Störungsbilder (Komorbidität?)
- Einstellung des Systems, etc.
- Verfügbarkeit des Angebots

(Zusammenhang- Auffälligkeit in Schule- spätere psych. Problematik ca. 40%! (Sourander 2004, Farmer 1999, Meltzer 2000))

Ist Definition ADHS (DSM V) männlich ?

2 Hauptsymptomgruppen:

Alle Symptome - gleiche Gewichtung, kein Geschlechtsunterschied

- Aufmerksamkeit
- Hyperaktivität/Impulsivität
- gesamt- 18 Symptome; pos., wenn 5 von 9/Gruppe vorhanden (< 17a: 6/9)
- Symptome vor dem **12. LJ**
- führt zu fkt. Beeinträchtigungen in mindestens 2 Lebensbereichen
- über mindestens 6 Monate

Ist Definition (ICD 10) männlich ?

→**durchgehendes**
→nicht alters-/entwicklungsentsprechendes,
→***situationsübergreifendes*** Muster von:
Unaufmerksamkeit (9)
(motor.) Unruhe (4)
Impulsivität (4)

Alle Symptome- gleiche Gewichtung, kein Geschlechtsunterschied!

→**vor dem 6.LJ** beginnend
→mindestens 6Mo bestehend
→mindestens 2 Lebensbereiche
→v. a. in Gruppensituationen

Risikoprädiktoren (b. ADHS)

- **männlich (2-4x häufiger)…….????**
- **pos. FA:**

- Prävalenz 1.gradiger Verwandter: 50- 75 % (Zwillingsstudien)
  4-10fach erhöhtes Risiko zur Allgembev. (Kooij 2010, Smidt 2003)

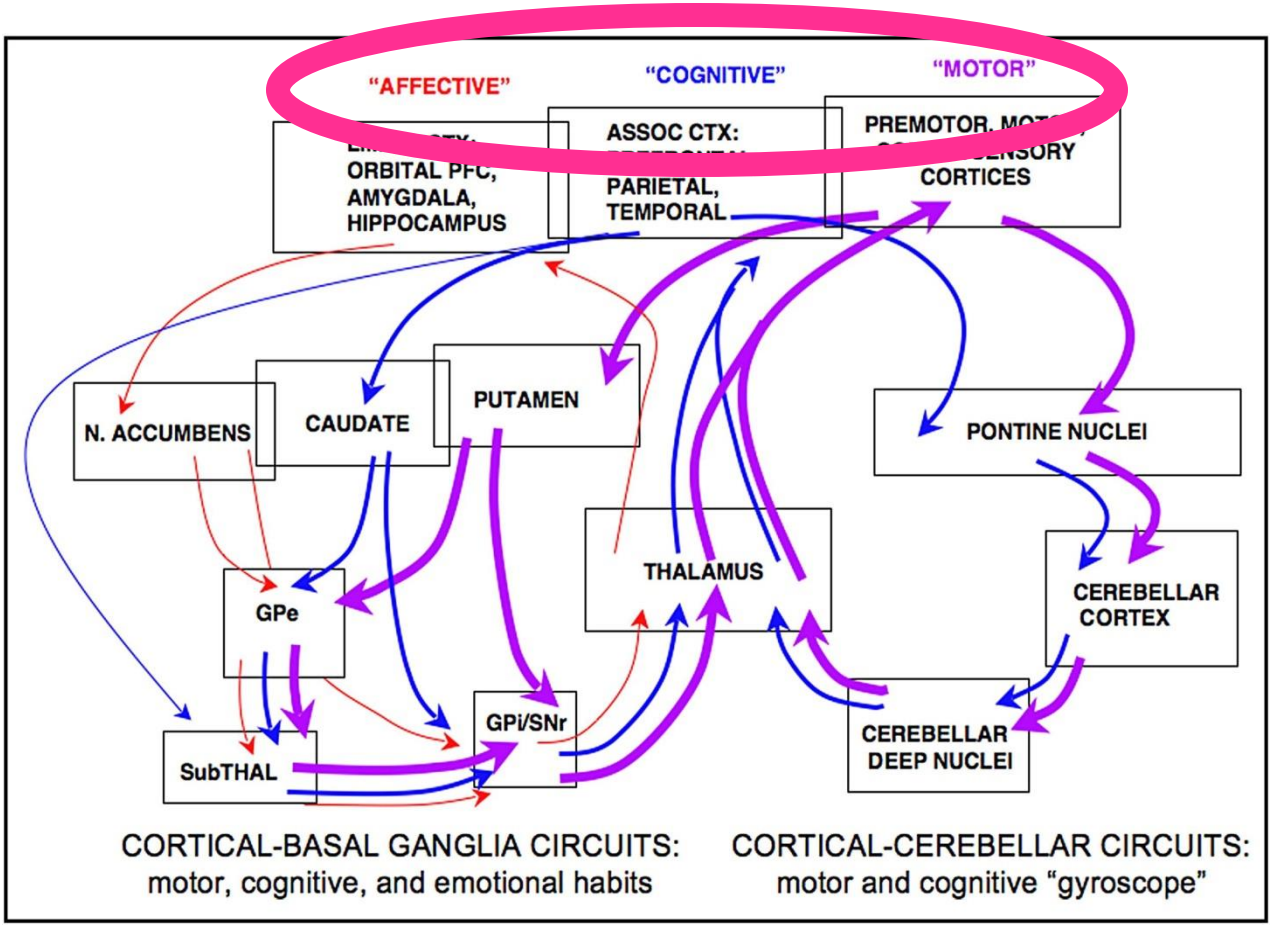
- polygener Erbgang (Thapar 1999)
- Gene bei Kindern und Erwachsenen: Überlappung zu 80%

- niedriger sozioökonomischer Status (Ravens-Sieberer 2007)
- Migrationshintergrund

Exogene Faktoren

→ **biolog. Faktoren größerer Stellenwert**
→ **psychosoziale Einflüsse sind mitbestimmend..!** (Brown 2000)
→ **ADHS ist Mischung aus Umwelt und Genetik – ein Kontinuum (je mehr pathogen Faktoren, umso eher und intensiver ADHS)** (Franke, 2019)

Neurobiologie ADHS



Arnsten, A.F.T. & Rubia, K. (2012). Neurobiological circuits regulating attention, cognitive control, motivation, and emotion: disruptions in neurodevelopmental psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51,356–367

ADHS- gender (ZNS- fMRI-Studien)

(Zhao 2022, Rosch 2018, Dirlikov 2015, Jacobson 2015)

- Männlich: atypische Strukturen und funktionale Konnektivität eher in motorischen, prämotorischen und visual-somato-motorischen Arealen **(Hyperaktivität, Impulsivität)**
- reduz Volumen in motor/prämot Bereichen

- **Weiblich:** atypische Strukturen und funktionale Konnektivität eher in fronto-subcorticalen Arealen **(Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis)**
- red. Volumen in präfrontalem Bereichen

- **Annahme:** Hirnmorphologie kann unterschiedliche Klinik-Mädchen/Burschen erklären
- eventuell auch generell geschlechtsspezif. extern./intern. Verhalten ???

ADHS + Gender

Merkmale Mädchen (De Rossi 2022, (Hinshaw 2022))

- Studie: n = 715 ADHS PatientInnen, Altersschnitt: 9,4a (+/-2,9), m = 607/ w = 108 , Rekrutierung 3a: (retrospektive Auswertung der klinischen Symptome und Merkmale)

- chaotisch, unstrukturiert
- kognitive Beeinträchtigung größer
- Intensität höher (ADHS generell)
- Internalisierung (inkl Selbstverletzung)
- Emot. Dysregulation
- Häufiger suchtkrank
- mehr Kompensationsstrategien

- Burschen: Zwänge, Depressionen, Risikoverhalten, Impulsivität, Hypermotorik

- **„Bias“: in dieser Studie: m:w = 6:1/ retrospektiv !!!**

Fallen Mädchen/Frauen weniger auf ?

Studie: ADHS Frauen- „Experiences of ADHD and it's impact on social, academic and psychological functioning" (Morley et al 2023)

- Qualitative Studie: 8 Studentinnen (22-53a)— diagnostiziert (ADHS) als Erwachsene (Diagnosendauer: 3mo-2j)
- **Erfahrungen *vor* Diagnose:**
- chaotisch, leicht ablenkbar, wenig motiviert, Langeweile- trotzdem- ganz gute Schülerinnen: perfektionistisch, sehr fleißig (arbeiten härter als Freunde), ehrgeizig („will Erwartungen erfüllen"), leistungsorientiertes Umfeld (Unterstützung)- trotzdem: „nicht gut genug", niedriger Selbstwert, wenig Freunde, Essstörungen, neg. Körperbild, stimmungslabil, etc.
- (auch Sedgwick 2018, 2022, Quinn 2005)
- **Ursache f Inanspruchnahme:** Überforderung durch Studium (Motivation, Konzentration, Strukturierung (zeitl/inhaltl), Stimmungslabilität, Depressionen (Selbstzweifel), Ängste…- zahlreiche Behandlungsversuche
- **7 von 8 vermuten ADHS (nach Info über Medien)**

ADHS + Gender

Merkmale Jugendliche (w)/Frauen (Hertz 2022, on-line Befragung, n = 206 (139 ADHS- 89w, 44m, 6d))

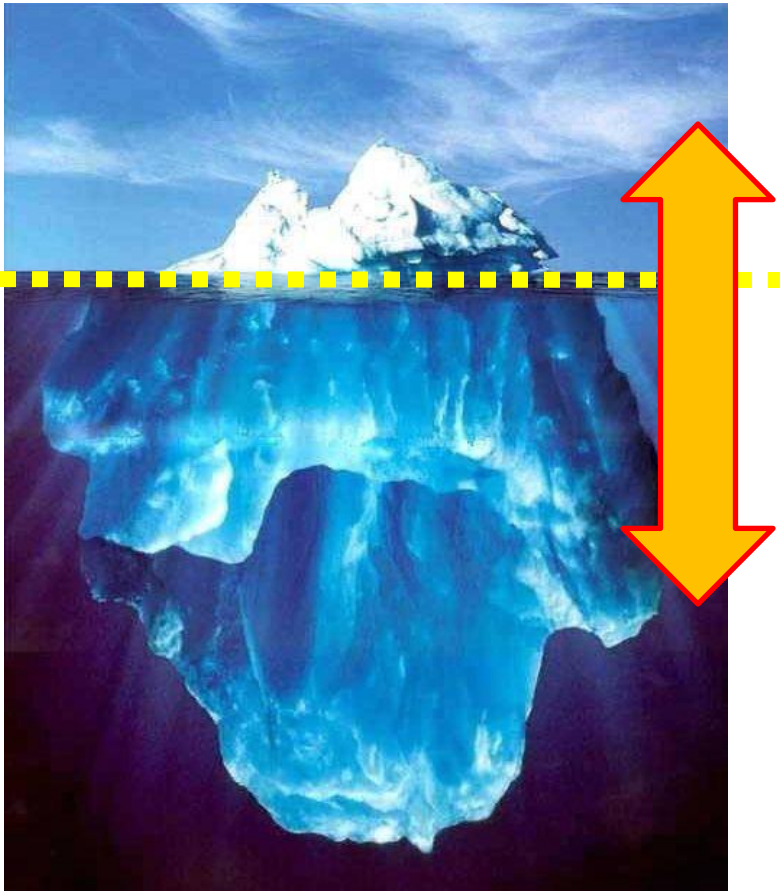
- Missbrauch/Misshandlung (in Partnerschaft)/ 25% in Studien
- wechselnde Partnerschaft/Sexualkontakte
- Frühes riskantes Sexualverhalten (va bei Impulsivität)
- Hypersexualität (bei hoher Impulsivität/Opposition/emot. Dysregulation)
- Bisexuelle Erfahrungen
- Ungeplante frühe Schwangerschaften (frühes Jugendalter)
- Häufige Geschlechtskrankheiten (STD)
- Suizidales Verhalten erhöht

ADHS + gender 1 (Konsensus: Young 2020)

- **(Spezifische) Phänomenologie/Bedingungen (w):**
- Unaufmerksamer/hyperaktiv-impusiver Typ ist möglich
- Hyperaktiv-impulsiver Typ mit **geringerer Intensität**
- Umaufmerksamkeit in Form von „**desorganisiert, abgelenkt, umständlich, überfordernd, motivationslos“**
- **Chronisch-stabil** beeinträchtigend- nicht fluktuierend
- Symptomintensität getriggert von **Hormonstatus**
- Symptome treten oft **später** auf (Transitionsphase)
- Eher **„internalisierende“** Symptomatik (zB emot. Dysregulation) wird nicht erkannt
- „Erkennen“ von Problematik- häufig Vorstellung **aus eigenem Antrieb** (Erwachsene)
- **Komorbide** Symptome/Krankheiten eher **internalisierende** Störungen
- **Beeinträchtigung** und intellektuelle **Dysfunktion größer**
- Risiko für **Suchterkrankungen** gleich (Mädchen/Frauen eher **früher**!)

- FEHLDIAGNOSEN bzw NICHTERKENNEN !!!

Cave **bei Mädchen/Frauen !!!**

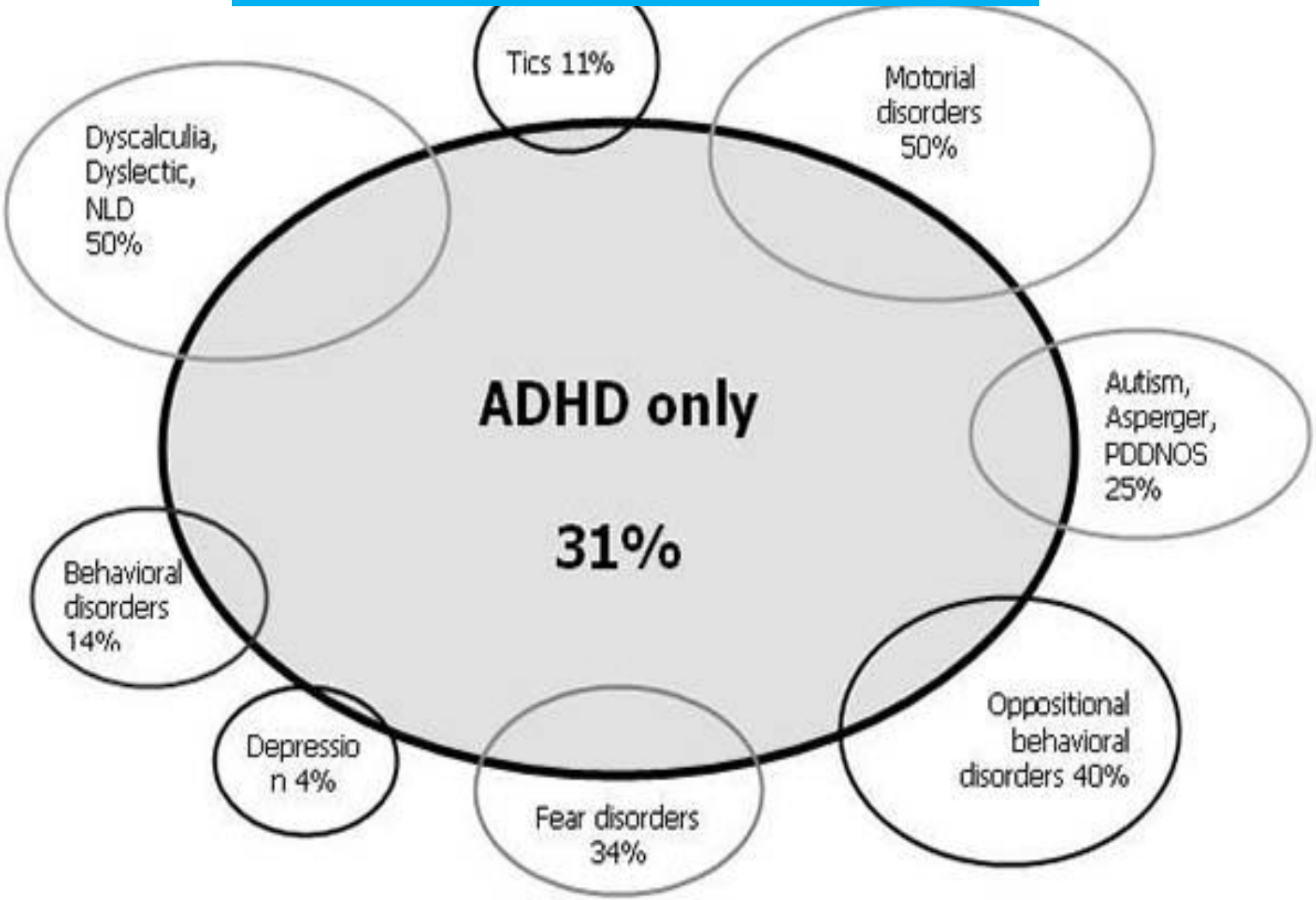


PSYCH: ERKRANKUNG(EN)

Sucht, Angststörung, Prodromal (Psychose), bipolare St, Trauma, Persönlichkeitsstörung, Bindungsstörung, etc.

AD(H)S

ADHS- Komorbiditäten



ADHS + Komorbiditäten

(Kain 2008, Schulte-Körne 2008, Steinhausen 2015, Austermann 2015, Drechsler 2020)

ADHS + zumindest 1 komorbide Störung → bis zu 85%
+ 2/ mehr komorbide Störungen → bis zu 30 %

- St. des Sozialverhaltens/Aggression →22- 55%
- Affektive Störung (BP, Depressio) → 25-30%
- Angststörung → 20-45%
- Autismus/ASS → 15-20% (ASS → ADHS: 40-85%!)
- Tics, Tourette Syndr. → 12-35%
- Sucht (stoffl./nichtstoffl.) → 50%
- Schlafstörungen → 25-70%
- umschrieb. Entwicklungsst. → 25-50%
- globale Entwicklungsstörung (mild) → 26- 41%
- „Sensomotor. Integrationsst.“ → 30-50%
- Ernährungsstörungen (außer A.N) → 40-70%
- ADHS+ Epilepsie, Migräne → 3x häufiger
- Epilepsie + ADHS → 50%
- Fetales Alkoholsyndrom. → 41 %
- Neurofibromatose → 40%
- Genetische Störung (Turner Sy., Neurofibromatose, etc)

DD: Bipol. Störung- ADHS -St.d.Sozialverhaltens- Borderline

PP/ Beginn/ Verlauf	Bipolare Störung	ADHS	St. d. Sozialverhaltens	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
STL manisch/ depressiv/ dysphorisch	** ** **	* * *	* * *	* * *
Antrieb erhöht/ erniedrigt	** **	* 0	* *	* *
Ductus beschleunigt/ verlangsamt	** **	* 0	0 0	0 0
Schlaf vermindert/ verlängert	** **	* 0	0 0	* 0
Enthemmtheit	**	0	0	(*)
Affekt. mitschwingen	**	*	*	**
Hypermotorik	**	**	0	0
Impulsivität	*	**	*	*(*)
Aufmerksamkeit vermindert/ erhöht	* *	** 0	0 0	* 0
Irritierbarkeit	**	**	*	*
Psychot. Sympt.	*	0	0	(*)
Phasen	**	0	0	0
Beginn	Pubertät	**6./12. LJ**	Kindheit/Pubertät	Pubertät

Differentialdiagnosen- ADHS

Psychiatrische Störungen:

- Angststörung (Nervosität, Rückzug, peak 30.LJ)
- Depression (kogn. Störungen, abgesetzte Phasen, peak 30.Lj), BP (Phasen)
- **BorderlinePst.** (Jugendalter/junge Erw., Affektlabilität, häufige Selbstverletzungen, etc.)
- **PTSD (vor/nach Trauma)**
- tiefgr. Entwicklungsstörungen- z.B. Asperger Autismus (seit jeher veringerte Kontaktfähigkeit, Affekt)
- St. des Sozialverhaltens

Exog. Störungen:

Substanzmissbrauch, medinduz. Störung, SD-Fkt.Störung, Hz./Kreislaufst., Epilepsie, Bewegungsunruhe bei Intelligenzminderung, Alkoholembryopathie genetische Störungen (Fragiles-X-Syndrom, Prader-Willi (Labhart) -Syndr. etc.), perinat. Schädigungen;

→ somatische Abklärung nicht vergessen:
Interner/ neurolog. Status, Blute, EKG, RR ev. EEG, MRT

wichtig: ADHS- Anamnese

Hinweise auf ADHS **in Kindheit/Jugend (bei Mädchen häufig weniger externalisierende Symptome/ Komorbide Störung im Vordergrund)**:

- ev. disziplin. Probleme seit KiGa/VS („Problemkind“)
- ev. seit Kindheit häufige Unfälle/Verletzungen
- keine- der intellektuellen Ausstattung- entsprechende Schul-/Ausbildungskarriere
- seit Kindheit chaotisch, vergesslich, desorganisiert, emotional labil, verträumt
- Hinweise auf (frühe) „Selbstbehandlung“ (sehr frühes Rauchen, etc.)
- Auffälligkeiten treten „überall“ auf
- Komorbidität ?
- FA: Eltern ?

Schulzeugnisse, psycholog. Befunde, Angehörige, etc.

Diagnose (bei Mädchen)

- typisches **Symptomtrias (cave: Mädchen- ADS, affektive Symptome, Komorbidität, etc.)**
- Verhalten: alters-/ausstattungs-/situationsadäquat?
- Anamnese (auch strukturiert): Eltern/ Partner/Schule/Hort (Instrumente wie Connors Scale, DIVA, etc.)
- Systemische Diagnostik (Interaktion, Life events, etc.)
- PPS: va **internalisierende** Symptome: emot Labilität, innere Spannung/Unruhe + komorbide (maskierende) Störungen (Depression, Sucht, etc.)
- Psycholog. Testung (Arbeitshaltung, neurokogn. Einschränkungen, Aufmerksamkeitsspanne, etc. ?)
- Coping (fkt/dysfkt- Selbstverletzungen, Sucht, etc. ?)
- Neurolog. Status: „soft signs, Unreifezeichen?“
- Interner Status: Verletzungshinweise?
- EEG, EKG, Blute; Größe, Gewicht, (ev. Bildgebung)

- **Diagnose basiert auf Klinik und Anamnese und (va auch bei Mädchen) Psycholog Begutachtung !**

ADHS + gender 2 (Konsensus: Young 2020)

- **Interventionen**:
- Multimodale Therapie
- gen. ADHS- Psychophamakolog. Intervention unterscheiden sich nicht
- kreative (und innovative) Behandlung- va während Transitionsphase (Adhaerence/Applikation/Medikation (ev. auch Alternativen- Wellbutrin, Bupropion, etc.))
- ADHS immer auch bei komorbiden Störungen evaluieren und behandeln (Persönlichkeitsstörungen, Sucht, Depression, etc.)
- bei Polypharmazie cave Interaktionen
- Cave: Schwangerschaft (und hormoneller Zyklus- Wirksamkeit ?)
- regelm. Psychoedukation und Reevaluation der Behandlungsziele (symptomorientiert)

Empfehlung

- bei (chron.) „chaotischen“, unsteten, verträumten, emotional instabilen, sprunghaften, leicht ablenkbaren, leistungsarmen, (verweigernden), selbstverletzenden, früh Nikotin- miss-brauchenden, beziehungsinstabilen Kindern/Mädchen/Frauen (auch) ohne typische „externalisierend-pädagogische“ Anamnese) an AD(H)S denken:
- Anamnese (auch FA), Psycholog. Diagnostik
- rasche Therapie !!!

weil…….Folgen, wie…

- Niedrige Schulabschlüsse
- Häufige „Schulabbrecher“
- Mangelnde Karrierechancen
- Häufiger arbeitslos
- Häufiger Job-Wechsel
- Schwierige/wechselnde Beziehungen
- Schwierigkeiten in sozialen Kontakten, höhere Scheidungsrate
- Häufige Verkehrsdelikte
- Häufige Unfälle
- Höhere Delinquenz
- Häufiger suchtkrank
- Niedriger Selbstwert
- Außenseiter
- Stigmatisierung und Isolation der Familie

chronische „underachiever“…

Erschöpfung „burn out“

Komorbidität(en) beachten !

Häufiger Suchterkrankungen

Fazit

- Hohe Dunkelziffer von „nicht diagnostizierten“ Mädchen
- Phänomenologie unterschiedlich zu Burschen (va „Unaufmerksamer Typ“ + „internalisierende“ Symptome)
- Häufig andere- „internalisierende“ psychiatr. Diagnose (aber auch bei „emot.instab. P.“)
- Häufig nicht (oder spät) erkannt (jahrelanger „Leidensweg“ f Betroffene +Angehörige)
- Prognose schwierig(er)
- häufig(er) „late onset“ (Oberstufe, Universität, Beruf)

Danke für Ihre Aufmerksamkeit